

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 74

DES LIMITES DES INDICATIONS
DE
L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE DU PIED
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ
MODE DES FESSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 23 décembre 1930

PAR

Pierre-David-Vincent ANDRÉANI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TOULON (Var), le 4 juin 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ...	{	Président.
		ROCHER, professeur		Juges.
		PORTMANN, professeur		
		PERY, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 74

DES LIMITES DES INDICATIONS
DE
L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE DU PIED
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ
MODE DES FESSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 23 décembre 1930

PAR

Pierre-David-Vincent ANDRÉANI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TOULON (Var), le 4 juin 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ...	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PORTMANN, professeur	
		PERY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Si ce peut être un digne témoignage de
mon affection et de ma reconnaissance.

A MA SOEUR

A TOUS LES MIENS

A E. R.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE S^{AN}TE DE LA MARINE ET DES TROUPES COLO-
NIALES

A CEUX QUI ESTIMENT AVOIR DROIT
A MA RECONNAISSANCE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL D'ARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTRET

Chef de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Sur le point de gagner le grade d'adulte, notre pensée va à nos camarades et non sans un peu de tristesse.

Nous saluons respectueusement nos Maîtres de la Faculté.

Nous aurions aimé les connaître davantage. Nous associons dans le même hommage M. le Médecin général Dargein, dont nous avons gardé le meilleur souvenir.

Nous n'oublierons pas l'amabilité de M. le Docteur Gautret, dont les conseils et les directives nous ont été d'un précieux concours.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Andérodias le témoignage de notre gratitude pour sa bienveillance et sa parfaite courtoisie à notre égard.

DES LIMITES DES INDICATIONS

DE

L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE DU PIED

DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ

MODE DES FESSES

INTRODUCTION

Il a été remarqué, depuis trois ans, à la clinique obstétricale, dans le service de M. le Professeur Andérodias, que le pronostic fœtal et maternel dans les présentations du siège décomplété mode des fesses s'était amélioré; que le nombre des hémorragies méningées du nouveau-né s'était sensiblement réduit; que la mortalité fœtale s'était nettement abaissée et le nombre des accouchements spontanés plus fréquent.

Il est apparu que cette amélioration dans les résultats était assez sensible pour pouvoir être liée à une modification de la conduite tenue dans la présentation du siège décomplété mode des fesses.

Il y a deux ans environ, M. le Professeur Andérodias, en présence d'assez nombreux insuccès consécutifs à des accouchements précédés d'abaissement prophylactique rappelait

que l'accouchement par le siège doit, en règle générale, être abandonné aux seules forces de la nature, tout au moins pour l'expulsion de la presque totalité du tronc, l'accoucheur n'intervenant que pour le dégagement de la tête, ou quelquefois des épaules d'abord et de la tête ensuite.

Or, il était manifeste qu'il y avait auparavant à la clinique obstétricale une tendance à étendre exagérément les indications de l'abaissement prophylactique du pied.

Depuis lors, ces indications ont été ramenées dans des limites plus étroites et nous nous sommes proposé de vérifier si l'analyse des observations de siège de la clinique obstétricale permettent de relier l'amélioration des résultats à ces directives nouvelles.

A cet effet, nous avons relevé les observations de siège :

- 1° De 1923 à 1927, période pendant laquelle l'abaissement prophylactique du pied était très souvent pratiqué d'une façon presque systématique;
- 2° De 1928 à 1930, période pendant laquelle les indications de l'abaissement prophylactique du pied ont été restreintes.

Dans chacune de ces périodes, nous avons, dans tous les cas, relevé non seulement la conduite tenue au point de vue de l'abaissement prophylactique ou de l'abstention, mais encore les différentes circonstances cliniques susceptibles d'avoir eu une influence sur la marche et le pronostic de l'accouchement, de façon à pouvoir comparer les résultats aussi exactement que possible.

CHAPITRE PREMIER

L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE.

BASES ET FONDEMENT DE LA METHODE. TECHNIQUE

I. — Un des caractères fondamentaux du mécanisme de l'accouchement dans la présentation du siège décomplété mode des fesses est la difficulté créée par les membres inférieurs relevés en attelles au-devant de l'abdomen et du thorax, maintenant rigide la colonne vertébrale du fœtus et gênant ainsi les mouvements d'inflexion du tronc capables de lui permettre de s'adapter à la courbure de la filière pelvi-génitale. Il en résulte la possibilité d'un dégagement extrêmement laborieux du siège; le tronc rigide ne s'enroulant que très difficilement autour du bord inférieur de la symphyse pubienne. Cette prolongation exagérée du travail risque de provoquer l'épuisement de la mère, la souffrance ou la mort du fœtus.

Pareille difficulté n'existe pas avec le siège complet, puisque les membres inférieurs, au lieu de former attelle devant le corps du fœtus, sont repliés sous lui, fléchis dans leurs deux segments.

II. — Pour combattre cette dystocie, lorsqu'on est obligé de terminer l'accouchement, peut-on saisir le pôle pelvien comme on saisirait le pôle céphalique avec un forceps ?

Il n'en est rien, le forceps est construit pour s'adapter à la tête fœtale, dont il est capable d'épouser tous les contours sans créer aucune compression dangereuse pour l'enfant.

Il n'en est pas de même pour le siège sur lequel le forceps

est susceptible de déraper ou de comprimer dangereusement l'abdomen du fœtus.

Ce n'est qu'à titre exceptionnel, dans les sacro-postérieures, que le forceps a pu, en réalisant une prise acceptable sur les membres inférieurs, rendre parfois des services. Le Professeur agrégé Faugère en a signalé des cas.

Trois récents sont rapportés par Gaucherand et Brochier (Soc. d'obst. de Lyon, 1930).

D'autres procédés ont été préconisés pour extraire le pôle pelvien.

Les tractions inguinales, les lacs, le crochet mousse ne seront signalés que pour mémoire, leur application étant dangereuse ou inutile.

Lors donc que le pôle pelvien est engagé dans l'excavation, les différents procédés d'extraction dont on dispose étaient de peu de valeur ou à rejeter.

Dans ces conditions, Ahbfeld puis Potocki ont proposé de tourner la difficulté en corrigeant la présentation du siège mode des fesses avant son engagement, et en le transformant quand cela est encore facile en présentation du siège décomposé mode des pieds.

C'est ce qu'on appelle l'abaissement du pied. Cette intervention vise, ainsi que l'a fait remarquer Potocki, deux points différents:

1° Par la correction du mode des fesses, on empêche la dystocie spéciale par rigidité du tronc, due à cette variété de présentation du siège; de la même façon qu'en fléchissant la tête dans la présentation de la face et en le transformant en présentation du sommet, on évite les difficultés et les complications inhérentes à l'accouchement par la face.

2° Par la déflexion du membre inférieur on se crée une prise solide plus commode, permettant d'exercer des tractions sur le fœtus. Mais ces tractions ne seront exercées que si besoin est, c'est-à-dire si l'état de souffrance du fœtus, le mauvais état maternel ou la prolongation du travail l'exigent.

En dehors de ces circonstances auxquelles cette manœuvre

permettra de faire face, l'accouchement devra être abandonné aux forces naturelles.

Il s'agit donc là d'un traitement préventif; c'est pourquoi la méthode a été qualifiée d'abaissement prophylactique du pied par opposition à l'abaissement curatif dans lequel on a recours à la manœuvre sur une indication formelle à terminer l'accouchement, l'extraction suivant alors immédiatement l'abaissement du pied.

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'ABAISSEMENT DU PIED.

Nous décrivons ici la manœuvre de l'abaissement du pied lorsque le siège est encore au détroit supérieur. C'est là, en effet, le cas dans lequel on se trouve lorsqu'on a à pratiquer l'abaissement prophylactique, puisque le propre de ce dernier est d'être réalisé avant l'engagement par crainte de ne pouvoir réussir, si besoin est, l'abaissement curatif du pied lorsque le siège est dans l'excavation.

Technique.

Après mise de la femme en attitude obstétricale et rupture de la poche des eaux, une main, celle dont la face palmaire regarde le plan ventral du fœtus, est introduite tout entière dans les voies génitales et remonte le long de la cuisse antérieure du fœtus; avec les doigts on appuie fortement en ce point de manière à porter la cuisse en abduction et à fléchir au maximum. Cette flexion-abduction exagérée de la cuisse a pour résultat de produire le raccourcissement des muscles ischio-jambiers et secondairement la flexion de la jambe. Dès lors, il devient facile d'accrocher avec l'index et le médius le pied abaissé avec la jambe et de l'attirer à la vulve (Mantel Pinard, d'après Bar).

CHAPITRE II

EVOLUTION DES IDEES SUR LA CONDUITE A TENIR DANS LA PRESENTATION DU SIEGE DECOMPLETE, MODE DES FESSES PENDANT LE TRAVAIL. CRITIQUE DE LA METHODE

I. — Les anciens, redoutant l'accouchement par les fesses, qu'ils rangeaient parmi les accouchements contre nature, allaient toujours chercher les pieds qu'ils abaissaient pour extraire le fœtus immédiatement après. C'est l'opinion émise par Guillemeau, en 1621, dans son *Traité de la grossesse et accouchements des femmes*. Cependant, Mauriceau, en 1721, limitait déjà cette pratique au cas de volume exagéré de l'enfant et lorsque le passage ne paraît pas large, le siège n'étant pas engagé.

II. — Dans une deuxième phase, on voit que l'opinion des accoucheurs se modifie complètement en ce qui concerne la présentation du siège. Elle devient moins redoutée. On s'aperçoit que l'expulsion du siège est souvent spontanée et l'on tend, par suite, à abandonner l'intervention hâtive telle que la recommandaient les anciens.

Baudelocque, en 1833, dans son *Traité de l'art des accouchements*, la considère comme inutile et Mme Lachapelle (*Pratique des accouchements*, 1823) désavantageuse pour l'enfant.

Cette dernière pense que l'abaissement du pied n'est recommandable que dans les cas de nécessité absolue d'une prompt terminaison de l'accouchement (hémorragies, convulsions,

inertie utérine, etc.), si la dilatation est complète et les fesses non engagées. L'engagement étant fait, elle tire avec les doigts, les lacs ou le crochet mousse.

Cette tendance à l'abstentionnisme resta ensuite assez longtemps en honneur.

III. — Dans une troisième phase, on voit se manifester un retour à la tendance interventionniste. C'est l'apparition de la manœuvre de l'abaissement prophylactique du pied (Ahlfeld, 1873; Potocki, 1893).

Mais tandis que les anciens abaissaient les pieds et immédiatement après extrayaient le fœtus, ces auteurs, après avoir défléchi un membre inférieur, abandonnaient à la nature le soin d'expulsion du fœtus et ne procédaient à l'extraction que forcés par une indication maternelle ou fœtale. Le moment de l'intervention devait précéder l'engagement du fœtus. Ils réservaient cependant cette manœuvre aux cas de primipares à terme avec enfant volumineux. Les avantages apparents qu'apporte l'abaissement prophylactique conduisirent immédiatement à étendre les indications qu'avaient posées les protagonistes.

Déjà Mangiagalli (1873) proposait d'en généraliser l'emploi à tous les cas de présentation du siège mode de fesses, au moins chez les primipares.

Beaucoup d'accoucheurs sont séduits non seulement par les garanties que leur donne ce procédé d'intervention précoce en les mettant à l'abri des graves difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans l'extraction du siège profondément engagé, mais aussi par l'incontestable accroissement de rapidité qu'elle donne à l'accouchement. Ce dernier avantage permettant : 1° d'éviter des troubles de la contraction utérine dans le sens de l'épuisement par inertie ou surtout de la contracture; 2° d'agir sur un fœtus qui, n'ayant pas encore souffert, est plus apte à résister aux traumatismes de l'extraction.

Lefour pense qu'il vaut mieux intervenir que trop attendre. La méthode de l'abaissement prophylactique tend à être considérée comme ayant une portée générale.

Le Lurier (*Traité de l'art des accouchements*), sans formuler une appréciation sur la valeur de la méthode, la considère bien comme telle.

C'est pour lui « un procédé prophylactique qui consiste, dans toutes les présentations du siège décomplété mode des fesses, à abaisser préventivement ce pied antérieur, quitte à ne pas s'en servir tout au moins immédiatement ».

Le Professeur agrégé Faugère pratique l'abaissement « prophylactique » du pied dans toutes les présentations du siège décomplété. « Mon intervention, dit-il, est uniquement dictée par la présentation du siège sans autre indication maternelle ou fœtale. » Il intervient dès la dilatation absolument complète, en outre il a recours aussitôt à l'extraction, qu'il pratique suivant les règles, c'est-à-dire en ne tirant qu'au moment des contractions utérines.

Mais parallèlement à cette tendance à étendre les indications primitivement fixées par Ahlfeld et confirmées plus tard par Potocki, la plupart des auteurs classiques s'attachent à montrer les inconvénients ou les dangers de la manœuvre et veulent en réduire l'application.

Kustner veut la réserver à des cas exceptionnels, parce qu'il y voit une cause possible de trouble des contractions utérines qui consécutivement deviennent médiocres ou mauvaises.

Pajot (1887), invoquant l'avis toujours sage de Paul Dubois, recommande de se tenir prêt à intervenir dans l'accouchement par le siège, mais de ne le faire seulement que si le travail marche mal.

Fieux (1914) s'élève enfin contre l'idée de dystocie presque obligatoire dans le cas de siège décomplété mode des fesses. Sans nier l'utilité de l'abaissement prophylactique du pied, il estimait que l'accouchement aurait pu le plus souvent se terminer spontanément. Il aurait toléré cette manœuvre si, après l'abaissement, on pouvait se contenter d'attendre, « Mais il est très rare en fait, dit-il, qu'ayant abaissé le pied, l'opérateur n'aille pas jusqu'au bout.

» Sous l'influence du large contact du fœtus avec la main

froide, le réflexe cutané respiratoire peut mettre le fœtus en péril; les battements du cœur fœtal s'altèrent ou, souvent un peu à la légère, sont déclarés trop vite comme dangereusement modifiés, ou bien encore, ayant pratiqué l'abaissement du pied, l'opérateur songe à la possibilité de l'extraction qu'il faudra peut-être achever plus tard et alors autant finir tout de suite.

» Aussi, dans la pratique courante, l'abaissement prophylactique du pied n'est que le premier temps de l'extraction totale. Or il est indiscutable qu'au point de vue du pronostic de l'enfant de la primipare, il y a un abîme entre la désirable expulsion et l'indésirable extraction du siège. Sachant que, même avec de beaux enfants, l'accouchement en siège décomplété mode des fesses a 90 chances sur 100 de se terminer seul et d'une façon heureuse, attendons avec confiance et « patience ».

Nous voyons donc actuellement que la mise en parallèle des avantages et des inconvénients de la méthode a conduit les auteurs modernes à combattre sa généralisation.

Ces inconvénients paraissent d'importances inégales, mais certaines.

Sans doute les troubles de la contraction utérine dont parle Kustner auront moins de chances de se produire si la manœuvre est exécutée rapidement, sans tâtonnements. Mais les inspirations prématurées du fœtus, provoquées par les excitations cutanées dues à la main de l'opérateur, d'autre part, la fréquence de la procidence du cordon, à la suite de l'abaissement du pied qui crée un vide dans l'excavation, sont des facteurs certains de souffrance fœtale. Il est de fait que les bruits du cœur, auparavant normaux, deviennent fréquemment mauvais après l'abaissement, obligeant à pratiquer la grande extraction. D'autre part, il y a une tendance irrésistible qui pousse l'opérateur à exercer des tractions sur le membre prophylactiquement abaissé et on sait que ces différentes manœuvres d'extraction, même pratiquées avec douceur et au moment des contractions, sont susceptibles de troubler l'accommoda-

tion fatale. Ces troubles consistent d'abord dans le relèvement des bras qui constitue une dystocie redoutable, cause des fractures du membre supérieur ou des paralysies du plexus brachial; ensuite dans la déflexion de la tête dernière, plus redoutable encore parfois.

CHAPITRE IV

DISCUSSION DES OBSERVATIONS INDICATIONS PROPOSEES POUR L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE

1° Les observations de présentation du siège que nous avons réunies concernent deux périodes : la première de 1923 à 1927; la deuxième de 1928 à 1930.

Nous avons éliminé de ces deux cadres les cas où la manœuvre de l'abaissement du pied était indiscutablement inutile : enfants de moins de 2 kilos (ne pouvant présenter aucune difficulté pour un accouchement spontané), enfants morts avant le travail, enfants macérés et malformés.

Nous avons ici : dans la première période, 62 cas de siège décomplété mode des fesses; dans la deuxième, 42 cas.

La mortalité fœtale s'est élevée à 6 dans la première période; à 2 dans la deuxième, ce qui représente comme pourcentage 10 p. 100 et 4 p. 100.

Or dans la première période il a été pratiqué 27 A. P. (1), soit 43 p. 100 contre 6 dans la deuxième, soit 14 p. 100.

La période pendant laquelle les A. P. ont été faits dans une proportion plus de 3 fois moindre, correspond donc à un abaissement de 6 p. 100 dans le taux de la mortalité.

Il y a lieu de considérer 4 cas de bassins rétrécis.

Dans la période 1923-1927, 2 cas de bassin rétréci : obs. I, XLVIII, LII.

(1) A. P. : abaissement prophylactique.

Obs. XLVIII P. S. P. : 10 cm. 5, enfant de 2 kg. 740; mère I-pare, A. P.; enfant mort.

Obs. LII : P. S. P., 11 cm., enfant 2 k. 940; mère II-pare. A. P. enfant vivant mais avec enfoncement de la région pariétale droite et paralysie du plexus brachial gauche.

Donc 2 cas, 2 A. P., 1 enfant mort; l'autre présente une morbidité prononcée.

Dans la deuxième période (1928-1930), 2 cas de bassin rétréci : obs. LXXVI et LXXXII.

Obs. LXXVI : P. S. P., 10 cm. 5; enfant de 3 kg. 310; mère II-pare, pas d'A. P. (extraction); enfant vivant.

Obs. LXXXII : P. S. P., 10 cm. 5; enfant 2 kg.; mère II-pare; 2 cas sans A. P.; 2 enfants vivants. Morbidité nulle.

D'autre part, nous devons aussi envisager la morbidité fœtale.

Pendant la période 1923-1927 nous relevons : 1 mort apparente avec hémorragie méningée confirmée;

2 paralysies du plexus brachial;

3 dystocies de la tête dernière, soit 12 p. 100.

Pendant la deuxième période 1928-1930, on note seulement 2 paralysies du plexus brachial. Morbidité 5 p. 100 environ, soit un abaissement de 7 p. 100 environ dans le taux de la morbidité en faveur de la 2^e période.

2^o D'une façon plus précise, quel est dans l'ensemble des cas le taux de la mortalité fœtale dans les cas d'A. P. ou de non A. P. ?

Sur 104 cas décomptés mode des fesses dans les deux périodes nous avons : 8 morts fœtales, soit 7,6 p. 100.

Il a été pratiqué 33 A. P.

Dans 71 cas, l'A. P. n'a pas été pratiqué.

La mortalité a été de : 3 avec A. P., soit 9 p. 100; 5 sans A. P., soit 7 p. 100.

Il paraît résulter de cette statistique que la mortalité dans les cas d'A. P. est supérieure de 2 p. 100 à la mortalité dans les cas où cet abaissement n'a pas été pratiqué.

3^o Analysons maintenant les cas de mortalité fœtale et

efforçons-nous de voir si dans chacun de ces cas la mort paraît être liée soit à l'interventionnisme, soit à l'abstentionnisme.

a) Sans A. P.;

b) Avec A. P.

a) L'A. P. n'a pas été pratiqué. 5 cas correspondant dans :

Première période (1923-1927), aux observations LVIII, XVIII, XXVI;

Deuxième période (1928-1930), aux observations LXXVIII, LXXXVI.

Dans ces cas, il apparaît bien que le principal danger qui menace le fœtus est la prolongation exagérée du travail au cours de laquelle peuvent se manifester des troubles de la contraction utérine pouvant aller jusqu'à la contracture et la souffrance fœtale. C'est le cas par exemple des observations LXXVIII et LXXXVI. Dans cette dernière, en particulier, l'abaissement curatif du pied ayant été pratiqué après douze heures de dilatation stationnaire.

Dans aucune de ces observations la mort du fœtus n'est due à un échec de l'abaissement curatif, mais, semble-t-il, à une prolongation exagérée du travail dû à ce que cet abaissement curatif a été pratiqué trop tardivement alors qu'un certain degré de souffrance fœtale s'était déjà manifesté. A noter que, dans ces cas, les enfants pesaient 2 kg. 850, 2 kg. 660, 3 kg. 130, 2 kg. 780 et 2 kg. 670. Trois femmes étaient primipares et deux multipares. Les enfants étaient morts d'hémorragie méningée.

b) Quand l'A. P. a été pratiqué.

Dans les 3 cas, obs. XXXVII, XLIII, XLVIII, nous notons que dans 2 cas il y a expulsion spontanée du siège et du tronc (obs. XXXVII et XLIII) mais avec dystocie des épaules et de la tête dernière dans un cas (obs. XLIII), et souffrance fœtale probable dans l'autre, l'abaissement du pied ayant été difficile et quelques modifications des bruits du cœur ayant été observées (obs. XXXVII).

Dans le 3^e cas l'A. P. a été suivi un quart d'heure après de grande extraction pour souffrance fœtale.

Dans les 3 cas le fœtus était d'un poids moyen ou au-dessous de la normale : 3 kg. 270, 3 kg. 200, 2 kg. 740.

Les 3 malades étaient primipares.

On peut dire que, dans ces 3 cas :

1° l'A. P. était probablement inutile, car la dystocie était tout à fait improbable en raison du poids de l'enfant.

2° l'A. P. a été peut-être nuisible, puisqu'il y a eu consécutivement 2 fois souffrance fœtale, 1 dystocie des épaules et de la tête.

Les défenseurs de la méthode objecteront, il est vrai, que dans les 2 observations de souffrance fœtale on a laissé faire une fois l'expulsion spontanée qui a été rapide mais qui eût pu être accélérée par l'extraction (obs. XXXVII) et que la deuxième fois (obs. XLVIII) l'extraction pratiquée un quart d'heure après a sans doute été trop tardive.

Il reste cependant que la souffrance fœtale et la dystocie des épaules et de la tête dernière, souvent signalées comme conséquence de l'A. P., paraissent bien ici être la conséquence de cette manœuvre.

Le principal reproche fait à la méthode de l'A. P. du pied, c'est, en provoquant des signes de souffrance fœtale, d'obliger l'opérateur à pratiquer d'urgence, la grande extraction alors que l'expulsion spontanée a, suivant Fieux, 90 p. 100 des chances de se produire.

D'autre part, cette grande extraction est celle qui provoque souvent les redoutables dystopies des bras et des épaules.

Dans nos observations, sur 71 cas dans lesquels l'A. P. n'a pas été pratiqué, nous avons noté 54 fois l'expulsion spontanée du siège, soit 76 p. 100. Cette proportion, bien que sensiblement inférieure à celle indiquée par Fieux, est cependant très élevée.

D'autre part, 33 A. P. ont été suivis 14 fois d'extraction pour souffrance fœtale ou durée exagérée du travail, mais avec un seul cas de mort (obs. XLVIII). Si donc l'A. P. n'a permis d'obtenir que dans un peu plus de la moitié des cas « la désirable expulsion » du siège dont parle Fieux, la fréquente « et indésirable extraction » à laquelle il a conduit dans un peu

moins de la moitié des cas, n'a cependant provoqué qu'une fois la mort du fœtus.

Observons cependant que ces extractions de siège à la clinique obstétricale ont été pratiquées ou surveillées par un personnel entraîné aux manœuvres obstétricales, ce qui explique, par conséquent, que les résultats en soient généralement bons. La même remarque s'applique aux résultats personnels que rapporte le Professeur agrégé Faugère, qui, après avoir exposé la conduite qu'il tient habituellement (abaissement systématique du pied, suivi d'extraction immédiate, a soin cependant d'ajouter : « l'accoucheur doit avoir conscience de ce qu'il peut faire ».

En généralisant l'A. P. à tous les cas de siège, si l'on avait fait 104 A. P. au lieu de 33, suivant le pourcentage que nous avons établi plus haut, nous aurions sans doute noté la mort de 2 ou 3 fœtus de plus; mais nous pensons que, dans la pratique courante, les accouchements de siège pouvant être faits par des sages-femmes ou des médecins non spécialisés, cette proportion eût, à coup sûr, été beaucoup plus élevée.

Aux risques que comporte l'A. P. et l'extraction qui le suit souvent, peut-on d'ailleurs opposer la difficulté ou la quasi impossibilité de réaliser l'abaissement curatif quand le siège est profondément engagé ? Si nous nous reportons à l'article fondamental de Potocki, nous voyons qu'il s'attache à établir que cet abaissement est presque toujours réalisable.

Bien que « la main évolue moins aisément dans la cavité pelvienne rigide et immuable que dans la cavité utérine », bien que les difficultés soient plus grandes lorsque le siège est très profondément engagé, cet auteur pense que l'abaissement du pied réussira « dans un très grand nombre de cas », et qu'il doit, en tout cas, « toujours être essayé ».

Même lorsque le siège est engagé, notre maître le Professeur Andérodias nous dit n'avoir jamais rencontré de cas dans lesquels il n'ait pu réaliser l'abaissement curatif, du fait d'un engagement trop profond du siège.

Dès lors, pourquoi conserver des indications étendues à

l'A. P., puisque la crainte qui inspire cette manœuvre *préventive* n'est généralement pas justifiée ?

Mais nous ne pensons cependant pas que cette manœuvre doive être rejetée et oubliée, l'accoucheur ne doit pas être systématiquement abstentionniste dans l'accouchement du siège, car une expectative trop prolongée deviendrait alors à son tour une cause d'accroissement de la mortalité. Nous en avons relevé deux cas dans la deuxième période (1928-1930) (Obs. LXXXVIII et LXXXVI).

Ces cas sont plus souvent observés dans la pratique de ville où l'accoucheur est appelé parfois à extraire des sièges après une trop longue attente; en de pareils cas, le col est parfois atteint de rigidité secondaire ou, si la dilatation est complète, en même temps que le siège profondément engagé, l'utérus vide d'eau depuis longtemps est contracturé, pouvant rendre pénibles ou très dangereuses même pour la mère les manœuvres d'extraction.

L'arrêt dans la progression de la dilatation nous paraît donc être une indication formelle à intervenir sans retard, surtout si la rupture des membranes date déjà de quelque temps.

Si la dilatation n'est pas complète et qu'en l'absence de la poche d'eau, le siège appuie mal sur le col, on devra, dans ces conditions, pratiquer l'A. P. et l'on verra souvent alors la dilatation se compléter ensuite rapidement.

Lorsque le siège tarde à s'engager au détroit supérieur, on interviendra aussi. Lorsque la descente dans l'excavation paraît être arrêtée, on abaissera aussi le pied et on verra alors souvent l'appui du siège sur le périnée, provoquer et entretenir des efforts d'expulsion jusque-là insuffisants.

Lorsque le bassin est rétréci, la question est complexe et les indications précises, variables avec chaque cas.

Quant aux indications classiques : A. P. dans les cas de gros enfants et chez les primipares, nous nous bornerons seulement à dire qu'elles doivent être effectivement appliquées.

Dans la première période (1923-1927) nous ne voyons, sur

27 A. P., qu'un seul cas de fœtus de plus de 4 kilos (obs. IV) et d'ailleurs chez une multipare. En de pareils cas, l'expulsion spontanée peut être escomptée, aidée au besoin de manœuvres d'expression utérine, suivant le procédé de Kristeller.

Dans cette même période, on compte seulement :

2 fœtus entre 3 kg. 500 et 4 kilos (obs. XXII et XXIII);

16 entre 3 kilos et 3 kg. 500;

et 8 entre 2 et 3 kilos.

Dans la majorité des cas, il s'agirait donc d'enfants seulement moyens ou au-dessous de la normale.

Dans la deuxième période (1928-1930), sur 6 A. P., on note un seul cas de fœtus dépassant 4 kilos et chez une multipare. Les 5 autres cas correspondent à des enfants entre 3 kilos et 3 kg. 500.

Lorsqu'on sera en présence d'un enfant nettement plus gros que la normale, chez une primipare, ou même lorsque, avec un enfant de poids moyen, les parties molles paraîtront vraiment rigides, le vagin peu dilatable, on sera en devoir de prévoir la dystocie et de pratiquer l'A. P.

Dans tous les autres cas, on attendra, pour intervenir, qu'il y ait arrêt du travail ou souffrance fœtale.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Age de la mère, 31 ans; parité II. Poids de l'enfant, 3 kg. 100. Etat de l'enfant : vivant. A. P. Expulsion facile. Mauriceau sans difficulté. Légère déchirure de la fourchette.

OBSERVATION II.

Age de la mère, 23 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 650. Etat de l'enfant : vivant. Etonné, vite ranimé. A. P. Expulsion normale. Muller.

OBSERVATION III.

Age de la mère, 23 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 150; état de l'enfant : vivant. Mort apparente; ranimé au bout d'un quart d'heure.

Forceps sur tête dernière pour résistance des parties molles. L'enfant présente les jours suivants de l'impotence du membre supérieur droit; l'humérus et la clavicule paraissent intacts : légère crépitation à la mobilisation de l'articulation de l'épaule. L'enfant quitte le service avant qu'on puisse faire une radiographie.

OBSERVATION IV.

Age de la mère, 38 ans; parité VI. Poids de l'enfant, 4 kg. 200. Etat de l'enfant : vivant. A. P. en raison du volume de l'enfant et de l'état fébrile de la mère. Expulsion spontanée. Muller.

OBSERVATION V.

Age de la mère, 17 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 200. Etat de l'enfant : vivant. Mort apparente; vite ranimé. A. P. Expulsion du tronc facile; bras difficiles à abaisser. Mauriceau simple. Mère éclamptique.

OBSERVATION VI.

Age de la mère, 19 ans; parité I; bassin rétréci. P. S. P., 10,5. Poids de l'enfant, 2 kg. 740. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Mauriceau simple.

OBSERVATION VII.

Age de la mère, 35 ans; parité III. Poids de l'enfant, 3 kg. 020. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Mauriceau simple.

OBSERVATION VIII.

Age de la mère, 33 ans; parité, IV. Poids de l'enfant : 3 kg. 035. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Mauriceau simple.

OBSERVATION IX.

Age de la mère, 21 ans; parité, I. Poids de l'enfant, 3 kilogrammes. Etat de l'enfant : vivant. Etonné; ranimé difficilement. A. P. Expulsion spontanée. Forceps sur tête dernière. Déchirure légère périnée.

OBSERVATION X.

Age de la mère, 37 ans; parité IV. Poids de l'enfant, 2 kg. 500. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile.

OBSERVATION XI.

Age de la mère, 30 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 750. Etat de l'enfant : vivant. A. P. Expulsion facile.

OBSERVATION XII

Age de la mère, 17 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 200.
Etat de l'enfant : vivant. A. P. A. P. facile. Expulsion normale.

OBSERVATION XIII.

Age de la mère, 23 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 500. Etat
de l'enfant : vivant. A. P. Expulsion simple. Mauriceau.

OBSERVATION XIV.

Age de la mère, 39 ans; parité IV. Poids de l'enfant, 2 kg. 600.
Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Mauriceau.

OBSERVATION XV.

Age de la mère, 22 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 300.
Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Mauriceau.

OBSERVATION XVI.

Age de la mère, 27 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 960.
Etat de l'enfant : vivant. Abaissement du bras antérieur. Mauriceau.
Déchirure légère.

OBSERVATION XVII.

Age de la mère, 32 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 260.
Etat de l'enfant : vivant. A. P. Siège engagé facilement, refoulé pour
faire A. P. Extraction facile. Mauriceau. Déchirure légère.

OBSERVATION XVIII.

Age de la mère, 35 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 850.
Etat de l'enfant : mort dix heures après d'hémorragie méningée.

A. curatif pour souffrance fœtale; grande extraction facile; tête retenue sur épines sciatiques. Forceps difficile sur tête dernière.

OBSERVATION XIX.

Age de la mère, 27 ans, parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 660. Etat de l'enfant : vivant. A. P. A. P. pour souffrance fœtale.

OBSERVATION XX.

Age de la mère, 37 ans; parité II. Poids de l'enfant, 2 kg. 660. Etat de l'enfant : vivant. Anse du cordon. Mauriceau.

OBSERVATION XXI.

Age de la mère, 32 ans; parité IV. Poids de l'enfant, 2 kilos. Etat de l'enfant : vivant. Etonné, vite ranimé. Expulsion facile. 2^e enfant, grossesse gémellaire. Syphilis traitée.

OBSERVATION XXII.

Age de la mère, 31 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 800. Etat de l'enfant : vivant. Mort apparente. A. P. Mort apparente. L. C. R. normal. Ranimé au bout d'un quart d'heure.

Paralysie des groupes de muscles deltoïdien et scapulaire. Déviation de la tête à gauche (paralysie sterno-cléido mastoïdien droit). Bosse séro-sanguine de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Rupture précoce des membranes. Inertie utérine. Grande extraction. Forceps sur tête dernière. Circulaire expliquant la souffrance constatée après chaque essai de version.

OBSERVATION XXIII.

Age de la mère, 43 ans 1/2; parité I. — Poids de l'enfant, 3 kg. 540. Etat de l'enfant : vivant. Etonné. Crie peu après. A. P.

Dilatation de 5 francs à 22 heures. A 1 h. 30, 1/2 cc. de morphine. A. P. sans difficultés sous anesthésie légère au chloroforme. Mauriceau; Muller.

OBSERVATION XXIV.

Age de la mère, 24 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 800. Etat de l'enfant : vivant. A. P. Extraction facile, sauf pour le dégagement de la hanche postérieure.

OBSERVATION XXV.

Age de la mère, 22 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kilos. Etat de l'enfant : vivant. A. P. A. P. facile. Extraction facile. Mauriceau; Muller.

OBSERVATION XXVI.

Age de la mère, 29 ans; parité III. Poids de l'enfant, 2 kg. 660. Etat de l'enfant : mort. Rupture prématurée des membranes. Souffrance foetale. Extraction longue, une heure.

Recherche des bras postérieurs est pénible. La tête reste accrochée au détroit supérieur. Mauriceau long et pénible. 1^{re} grossesse enfant mort-né en présentation du siège.

OBSERVATION XXVII.

Age de la mère, 28 ans; parité IV. Poids de l'enfant, 3 kg. 140. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Muller; Mauriceau.

OBSERVATION XXVIII.

Age de la mère, 20 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kilos. Etat de l'enfant : vivant. A. P. Extraction facile. Muller et Mauriceau faciles.

OBSERVATION XXIX.

Age de la mère, 32 ans; parité II. Poids de l'enfant, 3 kg. 180. Etat de l'enfant : vivant. Rupture prématurée des membranes. Muller; Mauriceau. Déchirure légère.

OBSERVATION XXX.

Age de la mère, 26 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kilos. Etat de l'enfant : vivant. Extraction facile.

OBSERVATION XXXI.

Age de la mère, 27 ans; parité III. Poids de l'enfant, 2 kg. 500. Etat de l'enfant : vivant. Tentative d'A. P. échoue, le siège étant trop engagé. La malade pousse bien. Extraction facile. Muller et Mauriceau faciles.

OBSERVATION XXXII.

Age de la mère 27 ans; parité II. Poids de l'enfant, 3 kg. 010. Etat de l'enfant : vivant. Etonné. Crie très vite. On ne fait pas l'A. P., le siège étant engagé et l'enfant paraissant petit Muller et Mauriceau faciles.

OBSERVATION XXXIII.

Age de la mère, 21 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 370. Etat de l'enfant : vivant. A. P. A la dilatation complète, l'utérus étant constamment contracté, on fait 4 cc. de morphine. L'utérus se relâche. On abaisse le pied. Expulsion facile. Muller; Mauriceau. Déchirure légère du périnée.

OBSERVATION XXXIV.

Age de la mère, 20 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 200. Etat de l'enfant : vivant. Mort apparente. Vite ranimé. A. P. Dilatation complète à 11 h. 30. A. P. à 12 heures facile. Les contractions s'espacent. A 1 heure commence l'expulsion. Muller facile. Mauriceau pénible (résistance du périnée). Cependant, extraction rapide. Enfant étonné, vite ranimé. Le lendemain de la naissance, l'enfant présente des convulsions. Etat de somnolence. L. C. R. fortement teinté. Des ponctions lombaires bi-quotidiennes l'améliorent nettement dès le cinquième jour. Il ne tarde pas à prendre le sein.

OBSERVATION XXXV.

Age de la mère, 20 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 100. Etat de l'enfant : vivant. A. P. L'A. P. détermine une procidence du cordon. Les bruits du cœur restant bons, on décide de faire l'extraction (traction légère sur le pied), qui est facile.

Muller présente quelques difficultés. Mauriceau est facile. L'enfant crie.

OBSERVATION XXXVI.

Age de la mère, 16 ans; parité II. Poids, 3 kg. 120. Etat de l'enfant : vivant. A. dilatation complète; on rompt la poche des eaux. Pas d'A. P., l'enfant étant petit. La femme pousse mal. L'expulsion ne se fait qu'une heure trente après. Muller et Mauriceau faciles. L'enfant crie.

OBSERVATION XXXVII.

Age de la mère, 20 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 270. Etat de l'enfant : mort. A. P. Bruits du cœur bons. Dilatation complète à 24 heures. L'enfant paraissant volumineux, on décide de faire l'A. P. L'absence de liquide et la dureté particulière de l'utérus rendent cette manœuvre un peu longue. Les bruits du cœur deviennent un peu lents et soufflés. Cependant, la malade pousse bien, et l'enfant est expulsé après quelques contractions. Muller et Mauriceau faciles. Enfant en état de mort apparente. L'aspiration des mucosités, la respiration artificielle, les injections d'éther, de caféine, ne donnent aucun résultat.

Dans les jours qui suivent, la mère fait de la température; au toucher, point douloureux à gauche avec empatement. Palper abdominal indolore. On fait le diagnostic d'annexite.

Le sulfarsénol et la glace font disparaître ces accidents.

OBSERVATION XXXVIII.

Age de la mère, 20 ans; parité III. Poids de l'enfant, 3 kg. 020. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Anse du cordon. Muller; Mauriceau. Deux premières grossesses; deux fausses couches.

OBSERVATION XXXIX.

Age de la mère, 27 ans; parité III. Poids de l'enfant, 2 kg. 860.
Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Muller; Mauriceau.

OBSERVATION XL.

Age de la mère, 29 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 200.
Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Muller et Mauriceau faciles.

OBSERVATION XLI.

Age de la mère, 21 ans; parité III. Poids de l'enfant, 3 kg. 445.
Etat de l'enfant : vivant. Au début du travail, la présentation est un siège complet qui se transforme en siège décompleté. Expulsion facile. Mauriceau.

OBSERVATION XLII.

Age de la mère, 27 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 030.
Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Tête dernière un peu difficile. L'enfant crie. Légère déchirure périnéale.

OBSERVATION XLIII.

Age de la mère, 27 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 200.
Etat de l'enfant : mort. A. P. A 3 h. 43, dilatation complète; rupture de la poche des eaux. Une demi-heure après, contractions violentes, mais le siège se dégage difficilement. L'épaule antérieure oppose encore plus de résistance. Dystocie considérable de la tête dernière. A la suite de violentes tractions, dégagement avec déchirure du périnée intéressant le rectum. L'enfant, dont le cœur bat, ne respire pas.

Pendant deux heures, respiration artificielle. Insufflation au Ribemont-Deribes, huile camphrée, éther, adrénaline intracardiaque, ne permettent pas de ranimer l'enfant.

OBSERVATION XLIV.

Age de la mère, 28 ans; parité II. Poids de l'enfant, 2 kg. 300.
Etat de l'enfant : vivant. Prématuré : 8 mois. Expulsion facile.

OBSERVATION XLV.

Age de la mère, 17 ans; parité II. Poids de l'enfant, 2 kg. 250.
Etat de l'enfant : vivant. Prématuré : 7 mois.

OBSERVATION XLVI.

Age de la mère, 32 ans; parité III. Poids de l'enfant, 2 kg. 600.
Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Le Muller échoue; Mauriceau facile.

OBSERVATION XLVII.

Age de la mère, 21 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 170.
Etat de l'enfant : vivant. Extraction facile. Muller; Mauriceau.

OBSERVATION XLVIII.

Age de la mère, 21 ans; parité I. Bassin rétréci (P. S. P., 10,5).
Poids de l'enfant, 2 kg. 740. Etat de l'enfant : mort. A. P. Le bassin étant rétréci, craignant une expulsion laborieuse, on fait sous chloroforme l'A.P. Au bout d'un quart d'heure, les bruits du cœur devenant irréguliers, on décide de terminer l'accouchement. Le siège est à ce moment engagé. On extériorise le membre inférieur et on pratique des tractions modérées au moment des contractions.

Le siège se dégage aisément, mais l'anse du cordon est impossible. Le Muller ne réussit pas. On abaisse rapidement les bras. Le Mauriceau est un peu laborieux.

Le fœtus est étouffé; il est rapidement ranimé après désobstruction. Périnée intact.

Mis en couveuse, l'enfant présente peu à peu de la raideur; cris

plaintifs, faciès décoloré. Le lendemain, la ponction lombaire ramène du sang presque pur. Le surlendemain, aggravation. Sclérome intense aux membres inférieurs, aux mains et à la face. Mort.

Nécropsie : congestion pie-mérienne de la région occipitale; caillots recouvrant toute la face supérieure de la tente du cervelet.

OBSERVATION XLIX.

Age de la mère, 24 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 300. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Muller et Mauriceau.

OBSERVATION L.

Age de la mère, 20 ans; parité II. Poids de l'enfant, 2 kg. 600. Etat de l'enfant : vivant. Deuxième enfant de grossesse gémellaire. Expulsion facile.

OBSERVATION LI.

Age de la mère, 31 ans; parité II. Bassin rétréci. P. S. P., 44 centimètres. Poids de l'enfant, 2 kg. 940. Etat de l'enfant : vivant. Etonné, vite ranimé. A. P. Bassin rétréci. On fait l'A. P. L'expulsion est un peu longue pour le deuxième membre inférieur et pour le thorax. La manœuvre de Muller est difficile (on entend un craquement). Mauriceau facile. Enfant né étonné, vite ranimé (injection d'éther, aspiration des mucosités trachéales). On constate un enfoncement de la région pariétale droite (opéré par le docteur Rocher) et une luxation de la hanche. On constate aussi une paralysie du plexus brachial gauche. On met en place un appareil.

OBSERVATION LII.

Age de la mère, 32 ans; parité VIII. Poids de l'enfant, 3 kg. 220. Etat de l'enfant : vivant.

Expulsion spontanée du membre inférieur droit. Extraction du gauche par flexion de la jambe sur la cuisse. Anse du cordon, 20 centimètres. Muller, Mauriceau. L'enfant crie.

OBSERVATION LIII.

Age de la mère, 28 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 310. Etat de l'enfant : vivant. Mort apparente. A. P. Rupture de la poche des eaux pendant l'examen. On laisse la dilatation se faire. Trois quarts d'heure après, il reste très peu de col derrière la branche ischio-pubienne. Les bruits du cœur sont irréguliers. On fait l'A. P. A partir de ce moment, la malade n'accuse plus de douleurs. Les bruits du cœur redeviennent bons. Au bout de 10 minutes, la malade n'ayant eu aucune contraction, on exerce des tractions sur le pied antérieur. Le siège descend. Extraction facile. Anse du cordon qui bat bien. Muller et Mauriceau. Enfant en état de mort apparente est vite ranimé. Légère déchirure périnéale.

OBSERVATION LIV.

Age de la mère, 21 ans; parité I. Poids de l'enfant . 3 kg. 470. Etat de l'enfant : vivant. A. P. Après dilatation complète et diagnostic de la présentation du siège, mode décomplété, on rompt la poche des eaux et on fait l'A. P. On fait pousser la malade. Expulsion du siège en vingt minutes. Anse du cordon. Mauriceau après épisiotomie de 3 centimètres. Deux circulaires du cordon. L'enfant crie.

OBSERVATION LV.

Age de la mère, 29 ans; parité III. Poids de l'enfant, 3 kg. 680. Etat de l'enfant : vivant. Accouchement facile. Mauriceau.

OBSERVATION LVI.

Age de la mère, 29 ans; parité II. Poids de l'enfant : 3 kg. 250. Etat de l'enfant : vivant. Enfant a un bec-de-lièvre. Accouchement facile (obs. inc.).

OBSERVATION LVII.

Age de la mère, 37 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 160. Etat de l'enfant : vivant. A. P. Muller, Mauriceau (obs. inc.)

OBSERVATION LVIII.

Age de la mère, 26 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 130. Etat de l'enfant : mort le quatrième jour d'hémorragie méningée. Grande extraction pour durée exagérée du travail (obs. inc.).

OBSERVATION LIX.

Age de la mère, 26 ans; parité II. Poids de l'enfant, 3 kg. 300. Etat de l'enfant : vivant. A. P. A 18 heures, rupture de la poche des eaux à dilatation petite palmaire.

A 22 heures, on fait l'A. P. (dilatation grande palmaire). Le cordon se trouve comprimé entre l'anneau de Bandl et le siège. Les bruits du cœur deviennent sourds et très lents. On décide de terminer. Extraction du siège. Muller et Mauriceau faciles. L'enfant crie peu après.

OBSERVATION LX.

Age de la mère, 23 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 480. Etat de l'enfant : vivant. Etonné, vite ranimé. A. P. Le 18 novembre, présentation du siège complet. Rupture de la poche des eaux.

Le 19, à 2 h. 40, à dilatation complète, le siège s'est décomplété. On fait l'A. P. sous anesthésie à la reine.

Extraction du fœtus pour souffrance fœtale. Muller et Mauriceau faciles. Enfant un peu étonné, vite ranimé. Céphalo-hématome occipital.

OBSERVATION LXII.

Age de la mère, 31 ans; parité IV. Poids de l'enfant, 4 kg. 080. Etat de l'enfant : vivant. Accouchement spontané (obs. inc.).

OBSERVATION LXIII.

Age de la mère, 21 ans; parité II. Poids de l'enfant : 3 kg. 580. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Muller et Mauriceau sans difficultés.

OBSERVATION LXIV.

Age de la mère, 39 ans; parité VIII. Poids de l'enfant, 3 kg. 780.
Etat de l'enfant : vivant. Accouchement sans histoire. Muller et Mauriceau faciles.

OBSERVATION LXV.

Age de la mère, 22 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 350.
Etat de l'enfant : vivant. A. P. Muller et Mauriceau difficiles (obs. inc.). Rupture prématurée des membranes. 2 circulaires.

OBSERVATION LXVI.

Age de la mère, 36 ans; parité IV. Poids de l'enfant, 2 kg. 310.
Etat de l'enfant : vivant. Muller et Mauriceau faciles.

OBSERVATION LXVII.

Age de la mère, 27 ans; parité II. Poids de l'enfant, 3 kg. 450.
Etat de l'enfant : vivant. A. P. L'enfant paraissant gros, on abaisse le pied antérieur à dilatation complète. Pas de difficultés pour le Muller et le Mauriceau.

OBSERVATION LXVIII.

Age de la mère, 30 ans; parité II. Poids de l'enfant, 3 kg. 25.
Etat de l'enfant : vivant. A. P. Après attente prolongée, on constate que, malgré la dilatation complète, le siège ne descend pas. L'abaissement du pied antérieur est laborieux. Muller et Mauriceau.

OBSERVATION LXIX.

Age de la mère, 32 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 300.
Etat de l'enfant : vivant. Etonné. Ranimé au bout de cinq minutes.
A. C. La malade perd les eaux à son arrivée. Morphine, 1 cc.

pour contractions trop rapprochées. La dilatation se fait normalement jusqu'à palmaire. A partir de ce moment, le col ne se dilate plus. On attend deux heures, sans modifications. On décide d'abaisser le pied après dilatation manuelle. Bruits du cœur parfois irréguliers. Extraction du siège sous chloroforme. Muller échoue. Le bras antérieur est amené péniblement. Mauriceau difficile. Enfant étonné, ranimé au bout de cinq minutes.

OBSERVATION LXX.

Age de la mère, 22 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 060. Etat de l'enfant : vivant. Primipare qui souffre depuis deux jours. Dilatation petite palmaire. Présentation engagée. La malade n'a pas de fortes douleurs, mais par expression on arrive à avoir le siège à la vulve. Tractions sur le pli de l'aîne. Dégagement facile. Mauriceau sans difficultés.

OBSERVATION LXXI.

Age de la mère, 21 ans; parité I. Poids de l'enfant : vivant. Prématuro : 8 mois 1/2.

OBSERVATION LXXII.

Age de la mère, 17 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 100. Etat de l'enfant : vivant. Mort apparente. A. P. Rupture de la poche des eaux après dilatation complète. L'enfant paraissant gros, la mère étant primipare, on fait l'A. P. Les contractions étant subintrantes, on entend mal les bruits du cœur. On décide de terminer. Les bras sont relevés; le Muller échoue. On dégage d'abord le bras postérieur puis le bras antérieur. Périnée résistant. Mauriceau assez pénible. Enfant en état de mort apparente. Ranimé assez facilement.

OBSERVATION LXXIII.

Age de la mère, 18 ans 1/2; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 250. Etat de l'enfant : vivant. Muller et Mauriceau faciles.

• OBSERVATION LXXIV.

Age de la mère, 23 ans; parité III. Poids de l'enfant, 3 kg. 60.
Etat de l'enfant : vivant. Muller et Mauriceau faciles.

OBSERVATION LXXV.

Age de la mère, 30 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 900.
Etat de l'enfant : vivant. Etonné, vite ranimé. Expulsion facile.
Mauriceau sans difficultés. Enfant un peu étonné, vite ranimé.

OBSERVATION LXXVI.

Age de la mère, 21 ans; parité II. Bassin rétréci. P. S. P., 10,5.
Poids de l'enfant, 3 kg. 310. Etat de l'enfant : vivant. Ranimé au
bout de vingt minutes.

Contractions rapprochées sans progression de la dilatation. On
fait 1 cc. de morphine qui ne produit aucun effet, à 18 h. 30.
On renouvelle l'injection 2 heures après. La dilatation avance;
elle est complète à 22 heures. La malade commence à pousser. A
ce moment les bruits du cœur deviennent sourds. On se décide à
l'extraction, mais on ne peut abaisser le pied. On fait des trac-
tions sur le pli inguinal. Le reste de l'extraction est facile. Enfant
pâle, ranimé au bout de vingt minutes.

OBSERVATION LXXVII.

Age de la mère, 26 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 640
Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile.

OBSERVATION LXXVIII.

Age de la mère, 20 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 780.
Etat de l'enfant : mort treize heures après. Pendant l'expulsion
les bruits du cœur sont rapides mais réguliers. Expulsion du tronc
est pénible. Le Muller échoue. La tête étant défléchie, on atteint
difficilement la bouche. Mauriceau facile. Enfant très étonné. Ins-

piration au bout de cinq minutes. Quatre heures après l'enfant se cyanose; la ponction lombaire ramène un liquide teinté de sang. Mis en couveuse et malgré oxygène, éther, huile camphrée, l'enfant meurt. La mère fait un peu d'infection siégeant aux déchirures périnéales avec œdème des petites lèvres.

OBSERVATION LXXIX. ⁴

Age de la mère, 29 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 130. Etat de l'enfant : vivant. Etonné, vite ranimé. Expulsion facile. Muller et Mauriceau sans difficultés.

OBSERVATION LXXX.

Age de la mère, 29 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 370. Etat de l'enfant : vivant. Deuxième enfant d'une grossesse gémellaire. Tractions légères aux plis inguinaux. Expulsion facile. Mauriceau sans difficultés. L'enfant ne tarde pas à crier.

OBSERVATION LXXXI.

Age de la mère, 26 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 030. Etat de l'enfant : vivant. Poche des eaux rompue la veille. Expulsion facile. Muller et Mauriceau sans difficultés.

OBSERVATION LXXXII.

Age de la mère, 37 ans; parité III. Bassin rétréci. P. S. P. 10,5. Poids de l'enfant, 2 kilos. Etat de l'enfant : vivant. Bassin asymétrique, mais enfant petit. Expulsion facile ainsi que Mauriceau.

OBSERVATION LXXXIII.

Age de la mère, 22 ans; parité III. Poids de l'enfant, 3 kg. 250. Etat de l'enfant : vivant. Avant dilatation complète, les contrac-

lions étant très espacées, on a donné 1 g. 50 de quinine. Expulsion spontanée du siège. Mauriceau facile; l'enfant crie presque aussitôt.

OBSERVATION LXXXIV.

Age de la mère, 38 ans; parité V. Poids de l'enfant, 3 kg. 960. Etat de l'enfant : vivant. Mort apparente. Ranimé au bout d'une heure. A. C. Le siège s'arrête à la vulve. Le dégagement ne s'effectuant pas, les bruits du cœur devenant irréguliers, on procède à l'abaissement du pied antérieur. Légères tractions pendant les efforts d'expulsion. Anse du cordon. On observe que le thorax est serré et se dégage assez difficilement. Dans l'impossibilité d'abaisser le bras antérieur, on recourt à l'abaissement du postérieur. La manœuvre est pénible. On doit, pour abaisser le bras antérieur, le transformer en bras postérieur. Cette manœuvre aussi a été pénible. On arrive enfin, en associant les pressions externes, à dégager la tête, qui était défléchie. Mort apparente de l'enfant. Hypo-asphyxie bleue. On le ranime, et il crie au bout d'une heure. On constate une parésie du plexus brachial gauche.

OBSERVATION LXXXV.

Age de la mère, 30 ans; parité III. Poids de l'enfant : 3 kg. 170. Etat de l'enfant : vivant, étonné, ranimé. Expulsion un peu pénible. Le Muller échoue. On abaisse le bras postérieur. Enfant étonné, facilement ranimé.

OBSERVATION LXXXVI.

Age de la mère, 30 ans; parité II. Poids de l'enfant : 2 kg. 670. Etat de l'enfant : mort. Poche des eaux rompues depuis la veille. Les contractions étaient très espacées, on donne à la malade 3 cachets de 0 gr. 50 de quinine. L'effet n'est pas très marqué. Quelques contractions très espacées. Dans la soirée, la dilatation restant toujours stationnaire à 5 francs. On fait, à 21 heures, 1 cc. de morphine. La malade dort dans la nuit. Le lendemain, à 8 heures, dila-

tation à 5 francs. Les bruits du cœur sont à peine perçus. Une demi-heure après, dilatation presque complète. La malade pousse. On termine l'accouchement. Mauriceau facile avec épisiotomie. Enfant mort.

OBSERVATION LXXXVII.

Age de la mère, 19 ans et demi; parité I. Poids de l'enfant : 2 kg. 500. Etat de l'enfant : vivant. Ranimé. Prématuré. Expulsion spontanée. Mauriceau facile.

OBSERVATION LXXXVIII.

Age de la mère, 47 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 900. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Mauriceau simple.

OBSERVATION LXXXIX.

Age de la mère, 26 ans, parité III. Poids de l'enfant, 3 kg. 900. Etat de l'enfant : vivant. A. C. Après une heure d'efforts à dilatation complète, le siège ne progressant pas, on abaisse le pied antérieur. Extraction facile ainsi que le Muller et le Mauriceau.

OBSERVATION XC.

Age de la mère, 31 ans; parité II. Poids de l'enfant, 3 kilos. Etat de l'enfant : vivant. (obs. inc.).

OBSERVATION XCI.

Age de la mère, 18 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 200. Etat de l'enfant : vivant. Ranimé. Mort apparente. Plusieurs échecs de version pendant la grossesse. Rupture artificielle des membranes. Le siège se dégage au bout de quarante-cinq minutes. Muller facile. Mauriceau pénible. Mort apparente de l'enfant. Asphyxie blanche. Le cœur bat lentement. Aspiration des mucosités. Première inspiration au bout d'un quart d'heure. L'enfant crie

trente minutes après. Le lendemain de l'accouchement, on a constaté une immobilité complète du bras droit. Rigidité et contracture en extension. (paralysie du plexus brachial). Le neuvième jour on ne trouve plus qu'un reliquat de paralysie au niveau du segment inférieur du membre droit.

OBSERVATION XCIII.

Age de la mère, 17 ans 1/2; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 620. Etat de l'enfant : vivant. Etonné, ranimé. Accouchement facile.

OBSERVATION XCIV.

Age de la mère, 20 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 490. Etat de l'enfant : vivant. Accouchement facile.

OBSERVATION XCV.

Age de la mère, 18 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 520. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion laborieuse, malgré deux épisiotomies, la tête étant volumineuse (bi-pariétal, 10 cm 3.).

OBSERVATION XCVI.

Age de la mère, 18 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 520. Etat de l'enfant : vivant. Etonné, vite ranimé. A. C. Abaissement curatif assez pénible. Deux épisiotomies. Enfant étonné. Crie quelques minutes après.

OBSERVATION XCVII.

Age de la mère, 22 ans; parité I. Poids de l'enfant : 2 kg. 370. Etat de l'enfant : vivant. Etonné, vite ranimé. A. dilatation complète, les bruits du cœur sont normaux. La malade pousse, le siège descend presque sur le plancher périnéal. Au bout d'une heure trois quarts, les bruits du cœur deviennent irréguliers et

sourds. Le dégagement du siège ne se faisant pas et le périnée paraissant résistant, on fait une épisiotomie. Le siège progresse et se dégage. Anse du cordon. Abaissement facile des bras. Mauriceau. Enfant étonné. Crie au bout de quelques minutes.

OBSERVATION XCVIII.

Age de la mère, 24 ans; parité I. Poids de l'enfant, 3 kg. 250. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion assez lente. Mauriceau laborieux. Grosse tête.

OBSERVATION XCIX.

Age de la mère, 22 ans; parité III. Poids de l'enfant : 2 kg. 420. Etat de l'enfant : vivant. Expulsion facile. Mauriceau.

OBSERVATION C.

Age de la mère, 22 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 460. Etat de l'enfant : vivant. A. C. Entrée en salle le 15 mai à dilatation de 2 francs. A travers les membranes, on sent le siège décomplété et une main. Rupture de la poche des eaux une heure après. Liquide amniotique teinté de méconium.

Dilatation rapidement complète. La malade pousse plus d'une heure sans progression du siège. Les bruits du cœur deviennent sourds et irréguliers, la malade est fatiguée. On décide d'abaisser un pied et la série des manœuvres est relativement aisée, à part le dégagement très pénible du bras antérieur. L'enfant crie assez vite. Légère déchirure du périnée.

OBSERVATION CI.

Age de la mère, 44 ans; parité VI. Poids de l'enfant, 3 kg. 650. Etat de l'enfant : vivant. A. C. Durée de la dilatation : 5 h. 30. Entre dans le service le 30 juin à 7 h. 30. Dilatation complète depuis 4 heures; l'enfant paraît gros. Les bruits du cœur sont

bons. Abaissement du pied antérieur. Extraction du tronc et abaissement des bras faciles. La tête reste au détroit supérieur. Le Mauriceau est pénible et laborieux. L'enfant crie presque aussitôt.

OBSERVATION CII.

Age de la mère, 27 ans; parité III. Poids de l'enfant, 4 kg. 020. Etat de l'enfant : vivant. A. P. Echec de version pendant la grossesse. Début du travail à 20 heures. Dilatation complète à 24 heures. Durée de la période d'expulsion : 1 h. 30. Durée totale du travail : 7 heures. A minuit dilatation complète. Le siège ne progressant pas, on abaisse le pied antérieur. Extraction pour inertie utérine. Abaissement des bras et Mauriceau relativement faciles.

OBSERVATION CIII.

Age de la mère, 36 ans; parité IV. Poids de l'enfant, 3 kg. 800. Etat de l'enfant : vivant. Poche des eaux rompue à 50 centimes. Dilatation complète à 21 heures. Entrée à la salle le 17 à 11 heures; dilatation, 50 centimes. Elle perd les eaux. Contractions normales. Dilatation complète à 21 heures. La malade pousse. Expulsion se fait normalement. Mauriceau facile.

La malade a eu des versions spontanées pendant la grossesse.

OBSERVATION CIV.

Age de la mère, 32 ans; parité III. Poids de l'enfant, 3 kg. 600. Etat de l'enfant : vivant. Mort apparente. Mauvais état à la naissance. Début du travail le 18 août à 18 heures. Dilatation complète le 19 à 4 heures. A ce moment, la malade pousse. Le scrotum fœtal paraît à la vulve. Le siège reste bloqué à la vulve. On cherche à atteindre l'aîne, ne pouvant prendre le pied, les bruits du cœur étant mal perçus. Après épisiotomie bilatérale, on y arrive, et l'extraction a lieu. Mauriceau facile. L'enfant ne crie pas, il est très pâle. Caféine, huile camphrée. Après aspiration des mucosités et au bout de vingt minutes, les premières inspi-

rations ont lieu. A la ponction lombaire, liquide absolument clair, *hypertendu*. Le lendemain, raideur de la nuque et des membres. Petits mouvements convulsifs. Fontanelle antérieure paraissant tendue, mais non bombée. Surlendemain état stationnaire. Alimentation par le nez. Amélioration ensuite rapide. Les contractions disparaissent, l'enfant prend le sein normalement.

OBSERVATION CV.

Age de la mère, 19 ans; parité I. Poids de l'enfant, 2 kg. 800. Etat de l'enfant : vivant.

Le 19 septembre à 19 heures, dilatation 1 franc. Bruits du cœur normaux. Contractions régulières. Dilatation complète à 21 h. 15. La malade pousse. Le siège apparaît à la vulve. Le dégagement se fait un peu lentement. Le tronc est extrait sans difficulté. Muller facile. Mauriceau un peu laborieux, le périnée étant résistant. Enfant né étonné. Il crie quelques instants après.

OBSERVATION CVI.

Age de la mère, 22 ans; parité IV. Poids de l'enfant, 3 kg. 630. Etat de l'enfant : vivant. Durée de la dilatation : 4 heures. Expulsion normale. (obs. inc.)

CONCLUSIONS

La présentation du siège décomplété mode des fesses, nécessite l'intervention dans un certain nombre de cas.

Nous ne discuterons pas ici la valeur de l'extraction systématique et d'emblée, à dilatation « archicomplète » de M. le Professeur Faugère; à notre sens cette manœuvre représente une méthode à part.

L'abaissement prophylactique du pied est susceptible de prévenir les inconvénients de l'accouchement en siège décomplété mode des fesses et il mérite d'être utilisé dans une telle présentation.

Cependant la méthode n'est pas exempte de danger. Elle expose l'enfant aux accidents consécutifs, au réflexe cutané respiratoire, à la procidence du cordon, aux troubles de la contraction utérine et au relèvement des bras.

Elle impose à la mère les inconvénients de l'anesthésie.

Il y a donc intérêt à limiter le plus possible son indication.

Or les résultats obtenus dans les deux périodes de notre statistique (1923-1927, 1928-1930) permettent de supposer qu'il a été pratiqué dans la première période (A.P. dans 43 p. 100 des cas) un grand nombre d'abaissements prophylactiques inutilement (A.P. dans 14 p. 100 des cas dans la deuxième période avec diminution de la mortalité et de la morbidité).

Nous étant inspiré de la conduite suivie actuellement à la clinique d'accouchement de l'Hôpital Boursier (conduite tenue pendant la deuxième période), voici comment nous avons été amené à réduire et à formuler les indications de l'A. P.

On songera à pratiquer cette manœuvre dans les cas suivants.

I. — Enfants particulièrement volumineux, principalement chez une primipare.

Le but étant d'éviter les difficultés susceptibles d'être rencontrées dans l'abaissement du pied si, pour une raison quelconque, on était amené plus tard après l'engagement à terminer par l'extraction.

II. — Arrêt ou retard manifeste dans la marche de la dilatation.

III. — Arrêt prolongé de l'expulsion, le siège étant engagé au détroit supérieur ou dans l'excavation.

IV. — Dans les cas de souffrance fœtale, l'A. P. devient insuffisant; on doit recourir immédiatement à l'extraction.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 17 décembre 1930.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR (Paul). — La pratique de l'art des accouchements.
- BLOC. — Du siège décomplété mode des fesses. Etude statistique. Thèse Paris, 1897.
- CARTRON. — Conduite à tenir dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Thèse Bordeaux, 1898.
- DESMAROUX. — Les difficultés de l'abaissement du pied antérieur dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Thèse Lyon.
- DUBOIS (Paul). — *Mém. de l'Acad. de méd. de Paris*.
- FAUGÈRE. — Conduite à tenir dans les présentations du siège pendant le travail. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1929.
- GAUCHERAND et BROCHIER. — Trois observations d'application du forceps sur des sièges engagés. *Bull. Soc. d'obst. et gynéc.*, juill. 1930, p. 316.
- HAUVUY. — Quelques réflexions sur le pronostic et le traitement de la présentation du siège décomplété mode des fesses à propos d'une statistique faite à la Clinique obstétricale de Lyon. Thèse Lyon, 1908.
- KUSTNER (Otto). — Présentation du siège et des pieds, leurs dangers, leur traitement, 1898.
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements.
- LEFOUR. — Contribution à l'étude du siège décomplété mode des fesses. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1882.
- FIEUX. — *Bull. gyn. et obst.*
- LE LORIER. — Traité de l'art des accouchements.
- MAGE. — Considérations sur l'étude de la présentation du siège décomplété mode des fesses (à propos d'une statistique de

la clinique d'accouchement de la Faculté de Médecine de Bordeaux). Thèse Bordeaux, 1920.

MANTEL. — Nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans les présentations du siège décomplété mode des fesses. Thèse Paris, 1889.

OLIVIER. — De l'intervention dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Thèse Paris, 1882.

PAJOT. — *Ann. gyn.*, 1882.

PEU. — La pratique des accouchements.

PINARD. — Dictionnaire des sciences médicales.

POTOCKI. — Abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. *Ann. gyn. et obst.*, 1883.

RIVIÈRE (Maurice). — De la présentation du siège décomplété mode des fesses. *Soc. obst. de France*, avril 1895

